UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MEDECINE

N° 213

SUR UN CAS

DE

LUPUS SCLÉREUX MUTILANT

DES EXTRÉMITÉS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 Juillet 1920

PAR

Henri TABARIÉ

Né à Saint-Nazaire-de-Ladarez (Hérault), le 28 janvier 1896

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse { VEDEL, professeur, *Président.* ; DUCAMP, prof. ; LEENHARDT, agrégé. } *Assesseurs.*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

RUE FERDINAND-FABRE ET QUAI DU VERDANSON

1920

SUR UN CAS

DE

LUPUS SCLÉREUX MUTILANT

DES EXTRÉMITÉS

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MEDECINE

N° 213

SUR UN CAS

DE

LUPUS SCLÉREUX MUTILANT

DES EXTRÉMITÉS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 Juillet 1920

PAR

Henri TABARIÉ

Né à Saint-Nazaire-de-Ladarez (Hérault), le 28 janvier 1896

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

Examinateurs de la Thèse { VEDEL, professeur, *Président.* ; DUCAMP, prof. ; LEENHARDT, agrégé. } *Assesseurs.*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

RUE FERDINAND-FABRE ET QUAI DU VERDANSON

1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM.	MAIRET (✲)	Doyen.
	FORGUE (O ✲)	Assesseur.
	IZARD	Secrétaire

Professeurs

Clinique chirurgicale	MM TEDENAT (O ✲)
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT (✲).
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (O ✲).
Clinique ophtalmologique	TRUC (O ✲).
Physiologie	HEDON (✲).
Histologie	VIALLETON.
Clinique médicale	DUCAMP (✲)
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL (✲).
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES (✲).
Anatomie pathologique	MASSABUAU (⚜)
Chimie biologique et médicale	DERRIEN (⚜).
Microbiologie	N. . .
Pathologie interne	N...
Clinique médicale	N...
Médecine légale et toxicologie	N...

Professeurs adjoints : MM. De ROUVILLE, MOURET, VEDEL

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeur honoraire : M. E. BERTIN-SANS (✲)

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique	MM De ROUVILLE, prof. adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	VEDEL, profes.-adj.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU (O ✲ ⚜, a. l. (ch. de c.)
Médecine opératoire	SOUBEYRAN. ✲ ⚜, a. l. (ch. de c.)
Pathologie externe	RICHE, agrégé (ch. de c.)
Clinique annexe des maladies des vieillards	EUZIÈRE, agrégé (ch. de c.)
Accouchements	P. DELMAS, agrégé (ch. de c.)
Matière médicale	CABANNES, agrégé (ch. de c.)
Microbiologie	LISBONNE, agrégé (ch. de c.)
Stomatologie	WATON ✲ (⚜), doct. (ch. de c.)

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM ETIENNE.
GRYNFELTT (✲).	P. DELMAS.	LISBONNE.
LEENHARDT.	RUZIÈRE.	PECH ✲ (ch. d'agr.).
GAUSSEL (✲ ⚜).	J. DELMAS (⚜).	VALLOIS H. ⚜ (ch. d'agr.
RICHE.	RIMBAUD ✲.	

Examinateurs de la thèse

MM. VEDEL, professeur, *président.* — M. LEENHARDT, agrégé.
DUCAMP, professeur. —

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible témoignage de mon profond amour filial.

A MA SŒUR

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

H. TABARIÉ.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR VEDEL

A MON JURY DE THÈSE

A TOUS MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

H. TABARIÉ.

AVANT-PROPOS

Si, au moment de terminer nos études médicales, nous examinons le chemin parcouru — comme tout homme qui vient d'atteindre une étape importante de sa vie — nous sommes étonné des nombreuss difficultés que nous avons eu à surmonter, et alors seulement, nous pouvons comprendre tout le dévouement et la grandeur du rôle de ceux qui nous ont guidé de leurs conseils et soutenu de leur affection. Aussi, est-ce pour nous un devoir, particulièrement doux à remplir, de les remercier ici.

Vers nos parents bien aimés ira tout d'abord l'élan de notre amour; ils surent toujours nous témoigner un dévouement sans bornes et l'exemple de leur vie, faite de droiture et de labeur, servira de guide à la nôtre. Qu'ils soient assurés que nous ne pourrons jamais oublier ce qu'ils ont bien voulu consentir à notre égard.

Un devoir impérieux et non moins agréable s'impose à nous: celui de remercier le docteur Ertzbischoff pour les soins éclairés qu'il nous prodigua au cours d'une grave maladie; nous lui en garderons toujours une inaltérable reconnaissance.

A notre maître, Monsieur le professeur Vedel, dont nous sommes fier d'avoir été l'élève, nous ne dirons jamais assez toute la gratitude que nous lui devons; il a présidé à notre éducation clinique et n'a jamais cessé de nous accorder son estime et sa confiance. Nous nous efforcerons

natomie pathologique, la symptomatologie, nous reproduirons l'observation et discuterons le diagnostic. Enfin, après avoir indiqué sommairement les divers traitements habituellement employés, nous nous permettrons de tirer quelques conclusions.

HISTORIQUE ET CLASSIFICATION

Après les nombreux travaux publiés sur les tuberculoses cutanées, il semblerait que cette question dut être parfaitement élucidée et précisée ; malheureusement, les auteurs ont souvent employé des mots différents pour traduire des lésions qui, si elles ne se ressemblent pas intégralement, ont du moins de grandes affinités entre elles. Aussi, la question nette quant au fond, reste-t-elle assez embrouillée quant à la forme, et il est difficile de donner une juste classification.

Leloir et Vidal, en 1882 (comptes rendus de la Société de biologie), les premiers individualisèrent une forme atypique de lupus à laquelle ils donnèrent le nom de *lupus scléreux*.

Avant eux, Hardy, en 1860, avait distingué dans son Traité des maladies de la peau, un groupe de scrofulides malignes parmi lesquelles, la *scrofulide verruqueuse,* et Mac Call Anderson, en 1877, avait dépeint le *lupus verrucosus* ou *scrofuloderma verrucosum,* mais ni l'un ni l'autre n'en avaient indiqué la nature ni la structure.

En 1883, Vidal fait une étude complète du *lupus scléreux* et l'identifie à la *scrofulide verruqueuse* de Hardy, au *lupus verrucosus* de Mac Call Anderson et au *lupus papillaire* de Kaposi, dont le *lupus corné* de Lang est une des sous-variété.

En 1885 et 1886, Riehl et Paltauff, assistants de Kaposi à Vienne, décrivent comme une affection nouvelle sous le nom de *tuberculose verruqueuse,* une tuberculose cutanée rappelant de très près le lupus scléreux de Vidal.

Dans la suite, Brissaud parle de la *tuberculose papillomato-crustacée,* Hahn du *lupus papillomateux et verruqueux,* Hallopeau de la *tuberculose scléreuse et papillomateuse,* Neumann, Deutsch du *lupus papillaire hypertrophique.*

Toutes ces appellations, y compris le *tubercule anatomique* de Laennec, correspondraient à une même lésion, semble-t-il, pour des auteurs tels que Leloir, Darier, Gaucher, alors qu'il y aurait correspondance plus ou moins exacte pour Brocq, Moutot, Gougerot. Nous pensons qu'en réalité, toutes ces formes de lupus sont reliées ensemble par d'insensibles transitions et que si l'on envisage la morphologie de la lésion, ses caractères histologiques, son étiologie et son évolution, ces diverses appellations sont également justes.

Nous avons choisi le terme de lupus scléreux parce qu'il répond plus exactement que tout autre à la lésion de notre malade, dont le fait dominant est la sclérose. Suivant la classification donnée par Brocq dans son *Traité élémentaire de dermatologie pratique,* nous ferons de ce cas une variété du groupe de *tuberculoses cutanées proprement dites* qui comprend :

1° Le tubercule anatomique ;
2° La tuberculose verruqueuse de Riehl et Paltauff ;
3° Le lupus scléreux.

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

Le lupus scléreux est une affection assez rare. La plupart des cas cités par les différents auteurs sont rapportés isolément. M. le professeur Vedel n'en a vu que deux cas en seize ans, à la Clinique des maladies cutanées et vénériennes des hospices de Montpellier. Cependant, Vidal, en 1883, avait basé son étude du lupus scléreux sur onze observations.

Contrairement aux autres formes de lupus qui sont plus fréquentes chez la femme, le lupus scléreux se rencontre le plus souvent chez l'homme. Il peut se développer sur divers points du corps, mais il siège de préférence aux extrémités : aux doigts, aux mains, aux pieds; il est relativement assez fréquent aux avant-bras, aux cuisses et aux fesses.

D'après Vidal, c'est presque toujours chez des sujets scrofuleux qu'on observe le lupus scléreux; il y aurait donc prédisposition du terrain. Broca, Gaucher, ont, à leur tour, insisté sur la prédisposition tuberculeuse des sujets.

L'infection se fait de deux manières : par inoculation primitive et par auto-inoculation secondaire. L'inoculation directe de la tuberculose humaine par la peau est aujourd'hui un fait universellement admis; le cas de Laennec réalisant un tubercule anatomique à la suite d'une écorchure par un coup de scie lors d'une autopsie d'un

sujet tuberculeux et mourant vingt ans plus tard de tuberculose généralisée, est resté classique.

L'inoculation primitive serait de beaucoup la plus fréquente : le bacille de Koch d'origine humaine ou d'origine animale vient de l'extérieur et pénètre dans le derme à la faveur d'une effraction cutanée. Tantôt la lésion qui permet l'infection secondaire tuberculeuse préexiste, tantôt au contraire elle se produit en même temps que l'inoculation du virus. Les médecins, étudiants, garçons d'amphithéâtre, infirmiers, vétérinaires, bouchers, équarisseurs sont particulièrement exposés à ce mode d'infection.

Quant à l'auto-inoculation secondaire chez un sujet déjà porteur d'une lésion tuberculeuse, on observe que la colonisation bacillaire dans le derme peut se faire soit à distance en un point quelconque de la peau, le malade s'inoculant par ses sécrétions bacillifères, soit autour d'une fistule provenant d'une tuberculose osseuse ou ganglionnaire.

Enfin, signalons également une origine interne lymphatique ou hématique qui peut être invoquée dans des cas exceptionnels.

SYMPTOMATOLOGIE
ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous ne saurions donner une meilleure description symptomatique du lupus scléreux que celle donnée par Vidal dans une étude publiée dans le *Bulletin de la Société de dermatologie*:

« Le lupus scléreux, dit-il, peut s'observer d'emblée avec tous ses caractères essentiels; c'est la forme primitive de l'affection. Mais il est plus fréquent de voir un lupus primitivement tuberculeux s'indurer, végéter, devenir papillomateux; c'est la forme secondaire du lupus scléreux...

» Le lupus scléreux primitif débute sous la forme de taches rougeâtres qui s'agrandissent et proéminent bientôt en petites saillies tuberculeuses, dures, circonscrites, d'un rouge foncé ou même violacé; puis, ces plaques s'étendent, les éléments du derme et de l'épiderme subissent une hypertrophie exagérée et forment des saillies mamelonnées, rugueuses, inégales, hérissées en certains points d'excroissances verruqueuses, papillomateuses, d'apparence cornée séparées par des sillons et des fissures. Ces fissures peuvent même devenir de véritables ulcérations fournissant une sérosité purulente. Aussi quand on presse des productions morbides entre les doigts, peut-on faire sourdre du pus des parties profondes. Au bout d'un cer-

tain temps, les points primitivement attaqués tendent à la régression de telle sorte qu'il se forme au centre même des plaques une cicatrice qui s'étend progressivement vers la périphérie en suivant la production lupique dans sa marche serpigineuse et extensive : ce processus cicatriciel peut quelquefois envahir en un point les bords de la plaque et donner ainsi à la lésion l'apparence d'un fer à cheval ; dans les cas exceptionnels de guérison spontanée, les saillies verruqueuses s'affaissent puis disparaissent ; il ne reste plus qu'une plaque de tissu scléreux au milieu de laquelle on voit parfois dans un temps plus ou moins éloigné, récidiver des tubercules. »

En somme, on peut distinguer dans les lésions trois zones : une zone périphérique érythémateuse où la peau est lisse, où les orifices glandulaires sont nettement distincts, une zone moyenne avec des squames, des pustules, des croutelles, une zone centrale avec saillies papillomateuses, fissures, abcès intra-épidermiques, zone dont le centre se transforme progressivement en cicatrice.

La marche de ces lésions est essentiellement chronique ; elle se développe lentement, s'étendant par les bords, serpigineuses, guérissant au centre. Elles ne prennent jamais une forme aiguë et n'ont jamais tendance à passer à l'état de *lupus vorax*. Aussi, durent-elles souvent huit, dix, quinze ans, parfois même dans quelques cas assez rares, elles persistent jusqu'à la fin de la vie.

Mais aux doigts ou à la face, par suite du processus de sclérose, le lupus scléreux peut être cause de graves mutilations ou déformations. Tantôt il entraîne la destruction des tissus jusqu'à la chute des phalanges, c'est ce qui est arrivé pour notre malade, tantôt il produit des rétractions cicatricielles qui portent sur la peau et les tissus fibreux sous-jacents, qui mettent obstacle au jeu des articulations

ou même en entraînent la luxation. Quand le lupus siège au dos de la main, la rétraction cicatricielle entraîne la perte de la fonction des fléchisseurs en soudant la peau, les aponévroses et les tendons extenseurs; les doigts subluxés peuvent même se retourner et s'appliquer à la face dorsale de la main.

Ces diverses tendances avaient incité Kuttner à distinguer deux variétés: l'une déformante, l'autre mutilante.

Anatomie pathologique. — Remarquons d'abord qu'une coupe qui n'intéresserait que les couches superficielles de la lésion pourrait induire en erreur, car on n'y trouverait que des caractères histologiques analogues à ceux de l'épithélioma; il faut faire de profondes biopsies si on veut retrouver sur les coupes les îlots et l'infiltration par cellules embryonnaires et les lésions vasculaires caractéristiques.

Donc sur une coupe intéressant toute la hauteur de l'infiltration voici ce que l'on voit:

1° Une couche superficielle papillomateuse simulant l'épithélioma et constituée par des productions épidermiques exubérantes, envoyant parfois des prolongements dans le chorion et le derme.

2° Une couche moyenne de tissu scléreux;

3° Une couche profonde dans laquelle on retrouve des tubercules de lupus avec tous les caractères hystologiques. Le nodule lupeux subit une sorte de transformation fibreuse; il est envahi par sa périphérie, dissocié par des prolongements plus ou moins fins de tissu fibreux. La sclérose augmente peu à peu; l'îlot ne persiste plus bientôt à l'état embryonnaire que vers le centre, puis il finit par disparaître. Souvent les îlots en voie de transformation

fibreuse sont réunis les uns aux autres par des masses de tissu fibreux dont les prolongements les pénètrent.

Les vaisseaux des plaques lupeuses présentent également une tendance remarquable à la sclérose de leurs parois.

En somme le lupus scléreux semble n'être histologiquement qu'un lupus tuberculeux dont les nodules subissent la transformation fibreuse.

OBSERVATION

S. C..., 45 ans, entre à la clinique des maladies syphilitiques et cutanées le 23 décembre 1919 pour des lésions de la main droite et du pied gauche.

Il n'y a rien à signaler dans ses antécédents héréditaires ou personnels.

Début de l'affection. — Le malade fait remonter les premiers accidents en 1905, époque à laquelle il subit un traumatisme; il travaillait dans une carrière, sa main droite fut prise sous une pierre; l'index aurait été assez violemment traumatisé, les autres doigts légèrement. A partir de ce moment il éprouve une douleur continuelle mais peu violente au niveau de l'index; cette douleur est accentuée par le froid, et l'hiver, se généralise à tous les doigts.

Le doigt traumatisé n'a pas de tendance à cicatriser, les plaies s'étendent. Puis apparaissent de petits boutons au niveau de la phalangette du médius; ces boutons suppurent et se transforment en ulcérations.

En 1907, 18 mois environ après le traumatisme, on pratique l'amputation chirurgicale de l'index au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne et celle de la phalangette du médius: cicatrisation normale des plaies chirurgicales.

Plus tard de nouvelles ulcérations se manifestent sur le moignon du médius et sur l'extrémité distale de tous les

autres doigts : annulaire, auriculaire et pouce. Ces ulcérations s'élargissent, creusent et aboutissent sans jamais provoquer de douleur vive à la perte des phalangines et phalangettes des trois deniers doigts.

Puis de nouvelles plaies ulcéreuses se montrent à la face interne de l'avant-bras droit et enfin en 1914, la face plantaire du pied gauche est lésée à son tour. Ces plaies se cicatrisent à l'avant-bras mais persistent au niveau du pied.

Etat actuel: 23 décembre 1919. — *Main droite.* — On voit au niveau de la tête du deuxième métacarpien, la cicatrice chirurgicale de l'amputation jadis pratiquée. Le pouce présente à sa phalange distale une plaie croûteuse, atone ; l'ongle est déformé, recourbé en bec de perroquet. Le médius, l'annulaire et l'auriculaire sont réduits à leur première phalange ; ces moignons sont bien cicatrisés, la peau est, à ce niveau, légèrement violacée, lisse, adhérente, impossible à plisser.

Avant-bras droit. — A la face interne on voit une large cicatrice lisse et déprimée.

Pied gauche. — La face plantaire présente de petites et multiples ulcérations (petits abcès intra-dermiques) particulièrement nombreuses à la partie antérieure au niveau des articulations métatarso-phalangiennes ; à côté de ces ulcérations, petites saillies mamelonnées. L'ensemble donne à cette région du pied un aspect criblé.

Radiographie faite par M. le docteur Ollié. — Interprétation du cliché :

Main droite. — Amputation des phalangines du médius et de l'annulaire immédiatement au-dessous de la tête distale et de la phalangine de l'auriculaire à la partie moyenne de la tête distale. Désarticulation de la phalange de l'index.

Pied gauche. — Amputation de la phalangine du gros orteil à hauteur de la tête distale. Lésions de l'extrémité de la phalangette du deuxième orteil et décalcification notable de celle-ci. Amputation des phalangettes des troisième et quatrième orteils. Amputation de la phalangette du cinquième orteil, lésions et décalcification de la phalangine.

Le malade ne souffre pas à l'état normal; mais il accuse une douleur assez vive au pied par action du froid.

Il n'existe aucun trouble de la sensibilité; au niveau des moignons digitaux ainsi qu'au niveau de la plante du pied gauche, des différences de température, même minimes, sont parfaitement perçues; de même la sensibilité à la douleur et la sensibilité au contact sont intactes. Les troncs nerveux ne sont pas hypertrophiés.

On note une atrophie musculaire de l'avant-bras droit due probablement au manque d'exercice.

Les réflexes tendineux sont exagérés mais il n'y a pas de trépidation épileptoïde

Les appareils respiratoire, circulatoire, digestif et rénal ne présentent rien de particulier.

La séro-réaction de Bordet-Wassermann, ainsi que la recherche du bacille de Hansen dans le mucus obtenu par curettage de la muqueuse nasale après administration d'iodure de potassium, donnent un résultat négatif.

Le 2 janvier 1920 on prélève un fragment de tissu qui est soumis à l'examen anatomo-pathologique de M. le professeur Massabuau.

Examen anatomo-pathologique. — Le fragment prélevé présente la structure suivante:

1° L'épiderme présente un processus de prolifération notable. La couche de cellules cornées est épaissie; l'épi-

thélium malpighien pousse dans la profondeur des prolongements d'aspect papillomateux. Cette prolifération épithéliale reste toujours typique et, en tous points, limitée par la couche basale. On ne constate pas de globes épidermiques. La tendance à dégénérer des cellules épithéliales, est peu marquée.

2° Dans le derme immédiatement sous-jacent, on constate la présence d'un tissu inflammatoire formé par des nodules périvasculaires. Les vaisseaux centraux de ces nodules présentent un processus marqué d'endopérivascularite. Les éléments cellulaires des nodules sont des cellules rondes du type lymphocytaire : on peut observer mélangées à ces dernières quelques cellules plus volumineuses d'aspect épithélioïde : pas de cellules géantes.

Les recherchse bactériologiques après coloration au Ziehl, n'ont décelé la présence d'aucun bacille.

En résumé le fragment examiné présente la structure d'une néoformation inflammatoire du type nodulaire, accompagnée de prolifération épithéliale papillomateuse.

Le malade est traité par des applications locales de permanganate et sort guéri.

DIAGNOSTIC

Ce qui frappe le plus à l'examen de notre malade ce sont évidemment le processus scléreux et les mutilations qui en ont été la conséquence; les lésions lupiques propres sont peu marquées et assez anormales. Aussi le diagnostic clinique ne s'impose pas à première vue, contrairement à ce qui arrive dans la plupart des cas.

La *maladie de Morvan* et la *syringomyélie* produisent souvent des lésions analogues à celles de notre malade; mais nous n'avons noté aucun trouble sensitif, ni le phénomène de dissociation thermo-tactile.

On pourrait penser également à la *sclérodactylie;* nous avons, en effet, au niveau des cicatrices, l'amincissement et l'atrophie scléreuse de la peau qui est collée aux os sous-jacents et impossible à plisser, mais il n'y a pas de troubles nerveux et le processus de dégénérescence reste localisé aux extrémités mutilées. En outre, remarque importante à signaler, les lésions ne sont pas symétriques.

La *maladie de Raynaud*, ou gangrène symétrique des extrémités, est plus facile à éliminer; en effet, chez notre malade, on ne distingue ni phénomènes d'asphyxie locale, ni phlyctènes, ni escarres, et les douleurs qu'il accuse n'ont jamais été violentes.

Signalons, à titre documentaire, l'*aïnhum* dont il ne saurait être question ici, cette affection n'ayant encore été si

gnalée que chez la race nègre ; elle est caractérisée par la formation à la face plantaire d'un orteil d'un étranglement annulaire qui progresse lentement et finit par détacher complètement l'orteil intéressé.

La *lèpre mutilante* peut produire des lésions dont l'aspect est presque identique à celles de notre malade ; mais à l'examen, l'absence des troubles sensitifs, d'atrophie des muscles thénar et hypothénar, de nodosités et d'épaississement des troncs nerveux et enfin la recherche négative du bacille de Hansen dans le mucus nasal, ne permettent aucune confusion.

La *syphilis* est la grande simulatrice des dermatoses ; elle peut revêtir les différents types de lupus. Au cours des manifestations de modalité secondaire, l'anamnèse d'un chancre récent, la coexistence d'autres accidents, la généralisation et la dissémination des accidents cutanés, font facilement rapporter à leur véritable nature les lésions en évolution. Mais dans les cas d'accidents de modalité tertiaire, il est plus ardu de faire un diagnostic ferme. Le siège, l'aspect peuvent être ceux du lupus ; le chancre, les accidents secondaires, peuvent être passés inaperçus.

Ce sont les syphilides papuleuses à type corné, les syphilides papillo-squameuses, papillomateuses, les syphilides tuberculo-ulcéreuses végétantes à type papillomato-crustacé qu'il est parfois difficile de différencier.

Le diagnostic se basera sur ce fait que les lésions syphilitiques ont une tendance très marquée à la figuration, au groupement circiné et hémi-cerclé ; leur extension est plus grande. Les points cicatriciels laissent une pigmentation cuivrée. Enfin, en général, il n'y a ni abcès miliaires ni suppuration. La séro-réaction de Bordet Wassermann et le traitement d'épreuve mixte intensif dans les cas absolument douteux, achèveront de trancher le diagnostic.

Plus près de notre cas, sont les lésions que peut occasionner *l'artérite syphilitique oblitérante* par suite des mutilations dues à la gangrène des extrémités. L'examen des lésions en activité, d'après ce que nous venons de dire, et la séro-réaction de Bordet-Wassermann négative ont permis de l'éliminer.

Le *tubercule anatomique* peut parfois prendre l'aspect du lupus scléreux dont il a le siège. En effet, cette affection survient principalement aux doigts ou au dos de la main chez des médecins, étudiants en médecine, garçons d'amphithéâtre qui s'inoculent lors d'autopsies ou de dissections de sujets tuberculeux.

Après un début de forme très variable, la lésion s'accroît en se recouvrant de végétations papillaires et prend l'aspect du papillome corné; généralement, elle reste d'assez faibles dimensions, variant de la surface d'une lentille à celle d'une pièce de un franc, et guérit spontanément après un plus ou moins grand nombre d'années. Mais parfois le tubercule anatomique s'accompagne d'une infection tuberculeuse lymphatique donnant lieu à des foyers d'infection secondaire, et même de généralisation tuberculeuse viscérale mortelle chez des sujets prédisposés à la tuberculose.

Les commémoratifs, l'unicité et le peu d'étendue de la lésion ,son aspect ulcéreux permettent de le distinguer du lupus scléreux.

Devons-nous distinguer de notre lupus scléreux la *tuberculose verruqueuse de Riehl et Paltauff?* Voici d'après l'analyse donnée par Merklen les grands caractères cliniques de cette dernière affection.

« Elle a pour siège habituel la face dorsale des mains et des doigts, et les espaces interdigitaux. Elle revêt l'aspect de plaques dont les dimensions varient de celles d'un pois à celles d'une pièce de cinq francs. Ces plaques sont arron-

dies ou ovalaires, ou bien circinées et serpigineuses quand elles résultent de la confluence de plusieurs éléments primitifs. A l'état de complet développement un placard présente :

1° Une zone périphérique érythémateuse, qui disparaît sous la pression du doigt, et qui ne forme pas de saillie bien appréciable ; la peau y est lisse quelquefois brillante ; les orifices glandulaires y sont nettement distincts ;

2° Une deuxième zone plus interne au niveau de laquelle on remarque de petites pustules superficielles ou bien des croûtelles arrondies et des squames, vestiges des pustules ; la peau y est d'un brun livide et reste jaunâtre sous la pression du doigt ; elle est légèrement infiltrée ;

3° Une troisième zone plus centrale encore, formant une saillie de deux à cinq millimètres, au-dessus du niveau des téguments, caractérisée par un aspect irrégulier, hérissée de saillies papillomateuses d'autant plus accentuées que l'on se rapproche davantage du centre ; ces saillies sont recouvertes de croûtes adhérentes d'épiderme corné. Dans l'intervalle de ces papillomes, se voient des fissures, des rhagades, des petits abcès intradermiques, de telle sorte que par la pression, on peut faire sourdre des gouttelettes de pus.

Au bout d'un certain temps, l'affection rétrocède ; les saillies verruqueuses s'affaissent, tendent à disparaître ; il se produit une cicatrice squameuse, mince, superficielle, ayant un aspect criblé ou réticulé sur fond violacé. »

Si l'on compare cette description avec celle que nous avons donnée du lupus scléreux, on voit que, cliniquement, ces deux affections sont presque identiques. Elles ont la même pathogénie ; les lésions ont une prédominance aux mêmes sièges, un même genre papillomateux et corné, une même évolution locale : processus de guérison par sclérose

cicatricielle centrale surtout. Le seul caractère qui différencie le lupus scléreux de la tuberculose verruqueuse, c'est son aspect spécial dû à la prédominance des lésions de sclérose sur celles de papillome.

Il n'y a donc rien d'asolu, aussi Moutot, dans sa thèse magistrale sur la « *Tuberculose verruqueuse de la peau et des muqueuses dermo-papillaires* », a conclu avec juste raison :

« La tuberculose verruqueuse, au sens actuel du mot, ne saurait être entendue comme une entité nosologique parfaitement définie. En dehors de la nature tuberculeuse de cette affection, de l'atteinte des couches superficielles du revêtement ectodermique, peau et muqueuses dermo-papillaires, par les lésions tuberculeuse, il n'existe aucun critérium étiologique, clinique, pronostique, histologique ou bactériologique, qui permette d'individualiser cette forme de tuberculose cutanée. La tuberculose verruqueuse dans son sens le plus général, comprend ainsi toute tuberculose cutanée avec état papillomateux. Elle traduit une végétation des papilles, avec une prolifération du corps muqueux de Malpighi ; c'est une réaction histologique spéciale de la peau sous l'influence de l'envahissement de ses parties superficielles par les lésions bacillaires. Elle rentre dans la classe du lupus, dont elle est une modalité surtout objective, un lupus papilliforme. »

Nous admettrons donc que lupus scléreux et tuberculose verruqueuse sont deux termes différents pour désigner une même affection qui se traduit sous un double aspect suivant que ce sont les lésions de sclérose ou les lésions papillomateuses qui dominent.

TRAITEMENT

Le lupus scléreux étant une lésion due à la colonisation du bacille de Koch dans le derme, il est logique de songer à en obtenir la guérison en modifiant le terrain par une médication interne.

Les préparations les plus efficaces et le plus communément employées sont:

1° L'huile de foie de morue à très haute dose, c'est le médicament de choix;

2° Les arsenicaux organiques ou minéraux;

3° Les iodiques: sirop iodotanique, peptonoïdes, sirop de raifort iodé, teintude d'iode dans du lait;

4° Les antibacillaires: acide phénique, créosote, gaïacol; la tuberculine a donné entre les mains de Darier, des améliorations considérables et presque des quasi-guérisons; les injections de calomel dans quelques cas, diminuent considérabement l'infiltration lupique.

Enfin, on s'attachera surtout à modifier l'état général par tous les moyens usités en pareil cas.

Ces diverses médications sont le plus souvent impuissantes à donner un résultat vraiment curatif et actuellement c'est aux moyens externes qu'on a toujours recours soit seuls soit combinés à une médication interne.

On peut diviser les méthodes externes en trois groupes:

méthodes sanglantes, méthodes non sanglantes, méthodes électriques.

Parmi les *méthodes sanglantes,* l'ablation chirurgicale de la lésion, avec autoplastie consécutive, est de beaucoup la méthode de choix, toutes les fois qu'elle est possible.

Le raclage à la curette seul ou combiné avec l'emploi des caustiques, après anesthésie locale ou générale, donne d'excellents résultats; mais le plus souvent, il laisse une cicatrice irrégulière, très apparente, d'où fort désagréable sur les régions découvertes.

Les scarifications linéaires quadrillées suivies de pulvérisations antiseptiques et d'applications d'emplâtre de Vigo dès que l'état de la peau le permet, donnent de merveilleux résultats comme cicatrice. Les malades mettent plus de temps à guérir, mais les téguments lésés sont restitués *ad integrum.* C'est donc la méthode de choix pour le lupus de la face.

Parmi les *méthodes non sanglantes,* la cautérisation ignée donne de bons résultats. Elle a l'avantage de ne pas exposer aux généralisations secondaires opératoires, mais elle constitue toujours un traitement fort long.

Les caustiques chimiques ont été beaucoup employés. Le grand nombre des préparations préconisées est déjà une preuve de l'inconstance des résultats. La méthode consiste à détruire le tissu morbide ou l'agent infectieux, tout en respectant les tissus sains. Citons parmi les caustiques les plus employés: l'arsenic, les iodiques, le nitrate d'argent, l'acide pyrogallique, l'acide salicylique et créosote, l'acide lactique, la résorcine, le naphtol camphré, les mercuriaux particulièrement le calomel, le permanganate de potasse en poudre ou en solution. C'est ce dernier procédé qui a été employé pour notre malade.

Enfin, les *méthodes électriques* sont à l'heure actuelle assez en honneur. Ce sont: l'électrolyse, la haute fréquence, les rayons Finsen et la radiothérapie. Elles ne donnent guère de résultats que dans les cas de lupus superficiels et nécessitent en outre des appareils coûteux et un opérateur spécialement éduqué.

CONCLUSION

On peut maintenir une distinction entre le tubercule anatomique, la tuberculose verruqueuse de Riehl et Paltauff et le lupus scléreux, mais ce ne sont là que des modalités cliniques de la même infection bacillaire.

En détaillant chacune de ces modalités, on peut dire que le *tubercule anatomique*, ayant une tendance ulcéreuse et pénétrante et faisant parfois des généralisations par voie sanguine, traduit une virulence plus grande, et que la *tuberculose verruqueuse de Riehl et Paltauff* par son état papillomateux de prolifération et d'extension en surface, exprime une virulence plus atténuée. Quant au *lupus scléreux*, il semble participer des deux formes; caractérisé à la fois par son extension et ses atteintes assez profondes, et par son processus de sclérose qui tend à enserrer et en quelque sorte éteindre le processus tuberculeux, il représente la forme la moins virulente, mais en retour, par le fait même du mode de défense, il entraîne souvent de graves mutilations ou déformations.

D'ailleurs, on comprend facilement que ces formes puissent s'associer comme dans le cas que nous avons présenté où certains points lésionnels du pied peuvent entrer dans le cadre de la tuberculose verruqueuse de Riehl et Paltauff, alors que toutes les lésions de la main restent nettement dans le cadre du lupus scléreux.

BIBLIOGRAPHIE

Anderson (Mac Call). — Lupus verrucosus. *Lecture XVI on Clinical médecin*, p. 220-224, 1877.

— Scrofuloderma verrucosum. *Glascow méd. Journal*, 1889.

Angibaud. — Contribution à l'étude de la tuberculose verruqueuse de la peau. *Thèse Paris*, 1890-91.

Arrivat. — Sur la tuberculose papillomateuse de la peau. *Thèse Montpellier*, 1890-91.

Arloing. — L'inoculabilité de la tuberculose humaine. *Bull. Acad. de méd.*, 24 décembre 1901.

Audry et Dalous. — Sur le tubercule des anatomistes. *Société de dermatologie*, 10 avril 1903.

Besnier. — Tuberculose verruqueuse de la peau. *Ann. de dermat. et syphil.*, 1889.

Blayac. — Du traitement du lupus par l'extirpation. *Thèse Montpellier*, 1901-1902.

Brissaud. — Tuberculose cutanée. *Bull. Soc. méd. hôp. Paris*, 1887.

Brocq. — Traitement des maladies de la peau, 1892.

— Traité élémentaire de dermatologie pratique, t. I, 1906.

Brousse et Ardin-Delteil. — Tuberculose cutanée à manifestations multiples et variées. *Congrès français de médecine de Montpellier*, 1898.

Du Castel. — Tuberculoses cutanées, 1892.

Darier. — Précis de dermatologie, deuxième édition, Paris 1918.

— La tuberculose verruqueuse de la peau. *Journ. des praticiens,* 15 août 1903.

Deutsch. — Lupus papillaire hypertrophique de la plante du pied. *Soc. Viennoise de dermat,* 23 février 1898.

Dubreuilh. — Précis de dermatologie, *collection Testut.*

Dubreuilh et Auché. — De la tuberculose cutanée primitive par inoculation directe. *Archiv. de méd. expérimentale,* 1890.

Gaucher. — Tuberculose verruqueuse. *Traité des maladies de la peau,* 1895.

Hahn. — Lupus des extrémités. *Archiv. fur dermat. und syphil,* 1890.

Hallopeau. — Etude sur les différentes formes de la tuberculose cutanée et leurs localisations. *Union médicale,* 1893.

— Sur les rapports de la tuberculose avec les maladies de la peau autres que le lupus vulgaire. *Ann. de dermat. et syphil.* 1896.

Hallopeau et Leredde. — Traité des maladies de la peau.

Hardy. — Traité des maladies de la peau, 1860.

Jeanselme. — De l'inoculation secondaire de la peau par des foyers tuberculeux sous-cutanés ou profonds. *Congrès de la tuberculose,* 1888.

Kaposi. — Uber die papillaren Neubildungen der Hant. *Viertelj. fur dermat. u. syphil.* 1869; *Archiv. fur dermat. u. syphil. heft Prag,* 1889.

Lang. — Lupus papillomateux du pied. *Wien. dermat. Gessel.,* 1899.

Leloir. — Traité pratique, théorique et thérapeutique de la scrofulo-tuberculose de la peau et des muqueuses adjacentes, Paris 1892.

Lenglet. — Lupus *in* Pratique dermatologique, 1904.

Leredde. — Traité de thérapeutique dermatologique, 1904.

Merklen. — Analyse du travail de Riehl et Paltauff. *Ann. de dermat,* 1886.

Mgutot. — La tuberculose verruqueuse de la peau et des muqueuses dermo-papillaires. *Thèse Lyon,* 1907.

Neumann. — Lupus papillaire hypertrophique. *Société Viennoise de dermatologie,* 1894-1898.

Riehl et Paltauff. — Tuberculosis verrucosa cutis. *Vierteljalvres fur dermat.* 1896-1888.

Thibierge. — La tuberculose cutanée. *Revue des sciences médicales,* 1891.

— Tuberculoses cutanées. *Traité de médecine Charcot-Bouchard.*

Vidal. — Du lupus. *Tribune médicale,* 1879.

— Du lupus scléreux. *Ann. de dermat,* 1883.

Vidal et Leloir. — Lupus scléreux et papillomateux. *Comptes rendus de la Société de biologie,* 1882.

Vu et permis d'imprimer.
Montpellier, le 20 juillet 1920
Le Recteur,
Jules COULET.

Vu et approuvé,
Montpellier, le 19 juillet 1920.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!